

## PIANO SANITARIO G) 2011 - profilo massimo

### RICOVERI E PRESTAZIONI SANITARIE

#### **P 1 – VISITE SPECIALISTICHE ESAMI DI ALTA DIAGNOSTICA**

##### **P 1.1 - Visite specialistiche**

Sono riconosciute tutte le visite specialistiche fatta eccezione per quelle psichiatriche, psicologiche, geriatriche, odontoiatriche, ortodontiche e dietologiche.

Il rimborso massimo per ciascuna visita è stabilito in € 100,00.

Relativamente alle prestazioni ammesse, sono inoltre rimborsabili, entro il limite suindicato, le spese sostenute a titolo di ticket per l'assistenza prestata dal Servizio Sanitario Nazionale.

**Il limite massimo di spesa è di € 600,00 per anno e per Socio.**

##### **P 1.2 – Esami di alta diagnostica**

Sono rimborsabili i seguenti accertamenti diagnostici previa applicazione di uno **scoperto del 20%**

- **Tomografia assiale computerizzata (TAC)**
- **Risonanza magnetica nucleare**
- **Angiografia**
- **Medicina nucleare**
- **Arteriografia**
- **Flebografia**
- **Fluorangiografia**
- **Diagnostica endoscopica (compresa quella a fibre ottiche)**
- **Scintigrafia**
- **Mielografia**
- **Doppler/ecodoppler/ecocolordoppler**
- **Esami biotici ed aghi aspirati**
- **P.E.T.**
- **Ecografie**
- **Mammografie**
- **Esami radiografici**

Sono rimborsabili inoltre, nei limiti del massimale previsto, le spese sostenute e documentate dall'assistito a titolo di ticket per tutti gli accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio erogati dal Servizio Sanitario Nazionale.

Nel caso di esami di laboratorio erogati da strutture private verranno rimborsati con l'applicazione di una franchigia di € 35,00

**Il limite massimo di spesa è di € 2.500,00 per anno e per Socio.**

## **P 2 - DIARIA GIORNALIERA SOSTITUTIVA**

Ove le spese fossero interamente sostenute dal S.S.N. e non venga richiesto alcun rimborso per spese effettuate durante il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, Mutua Tre Esse corrisponderà una indennità sostitutiva di Euro 150,00 per ogni notte di ricovero con un massimo di 30 giorni per anno e per Socio e previa applicazione di una franchigia di due notti.

## **P 3 – RICOVERI CON O SENZA INTERVENTO CHIRURGICO**

La Società rimborsa le spese sostenute fino alla concorrenza del massimale e con i limiti indicati dal presente piano sanitario, per :

- a) onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento; diritti di sala operatoria; materiali di intervento (ivi compresi apparecchi protesici, terapeutici e le endoprotesi) ;
- b) assistenza medica ed infermieristica, cure, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici rieducativi, medicinali ed esami effettuati durante il ricovero;
- c) retta di degenza;
- d) accertamenti diagnostici, compresi gli onorari medici, effettuati nei 90 giorni precedenti il ricovero; esami, medicinali, prestazioni mediche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, acquisto e noleggio di apparecchi protesici e sanitari (incluse le carrozzelle ortopediche ), effettuati nei 90 giorni successivi al termine del ricovero e resi necessari dall'intervento chirurgico;  
Le prestazioni di cui al presente punto verranno rimborsate sino alla concorrenza del 10% del massimale e non in aggiunta ad esso.
- e) prelievo di organi o parte di essi; ricovero relativo al donatore per accertamenti diagnostici, assistenza medica ed infermieristica, intervento chirurgico di espianto, cure, medicinali e rette di degenza.

## *Modalità di fruizione della prestazione RICOVERI (a scelta del Socio)*

### **Assistenza indiretta**

*Le spese sanitarie sostenute dal Socio vengono rimborsate nell'ambito del massimale annuo e delle modalità previste dal presente Piano Sanitario, previa applicazione di uno scoperto del 20%.*

### **Assistenza diretta**

*Qualora il Socio, in caso di necessità di Ricovero con degenza notturna, (con esclusione degli Interventi ambulatoriali, di Day Hospital, di Day Surgery e trattamenti oncologici per i quali l'assistenza viene prestata sempre in forma indiretta) decida di avvalersi dell'assistenza diretta presso le strutture convenzionate e dell'opera di medici convenzionati di cui alla Rete di Blue Assistance, si potranno realizzare le seguenti fattispecie:*

#### **1. - struttura convenzionata e medico convenzionato per strutture ubicate in Sicilia**

*Mutua Tre Esse provvederà a pagare direttamente alle strutture e ai medici convenzionati i costi sostenuti per le prestazioni sanitarie erogate, entro il massimale annuo e con i limiti previsti dal Piano Sanitario e con l'applicazione di uno scoperto del 10% che resta a carico dell'assistito.*

#### **2. - struttura convenzionata e medico convenzionato per strutture ubicate nelle altre Regioni**

*Mutua Tre Esse provvederà a pagare direttamente alle strutture e ai medici convenzionati i costi sostenuti per le prestazioni sanitarie erogate, entro il massimale annuo e con i limiti previsti dal Piano Sanitario, previa applicazione di uno scoperto del 20 % che resta a carico dell'assistito.*

### **Ricoveri in Day Hospital – Ricoveri in Day Surgery - Interventi Ambulatoriali**

Sono rimborsate le spese sostenute per:

- terapie mediche; esami di laboratorio e accertamenti diagnostici ( solo a titolo esemplificativo : esami radiologici, ematochimici, cardiologici, prelievi ecc.) effettuati in Day Hospital, nella misura forfettaria del 50%.  
Nella stessa misura vengono rimborsate le eventuali rette di degenza.  
Sono sempre esclusi i check-up di medicina preventiva.
- interventi chirurgici eseguiti in Day Surgery, ovvero senza ricovero notturno, e/o in Ambulatorio, previa applicazione di uno scoperto del 20%.

Le prestazioni descritte devono essere eseguite in Strutture Sanitarie autorizzate dalle autorità competenti e devono essere comprovate da copia della cartella clinica o, nel caso di interventi ambulatoriali, dalla copia dell'atto operatorio redatto dal sanitario che li ha effettuati.

### **Rimborsi spese per Accompagnatore**

La Mutua rimborserà le spese sostenute e documentate per vitto e pernottamento di un accompagnatore del Socio, con il limite di Euro 78,00 al giorno per un massimo di gg.15 ; in caso di intervento chirurgico all'Estero detti limiti sono elevati a €.130,00 al giorno per un massimo di gg.20 .

**Il limite massimo di spesa per la prestazione Ricoveri è di € 100.000,00 per anno, per Socio e per evento**

### **P 3.1 – Stato di gravidanza e Parto**

#### ***Aborto spontaneo, terapeutico e volontario, parto naturale, parto cesareo***

Sono rimborsate le spese sostenute per l'aborto spontaneo, l'aborto terapeutico e/o volontario (purché effettuato a termini di legge), il parto naturale anche complicato ed il parto cesareo, fino alla concorrenza di € 10.000,00 per evento, per anno e per socio. Entro tale massimale sono anche compresi gli accertamenti diagnostici, gli esami, le analisi e quant'altro inerente e reso necessario dallo stato di gravidanza, effettuati nei 30 giorni antecedenti o nei 30 successivi all'intervento stesso.

**Le suddette spese sono rimborsabili solo se avvengono almeno dopo 12 mesi dalla data di decorrenza dallo stato di socio della Mutua Tre Esse.**

**Il limite massimo di spesa è di € 10.000,00 per evento, per anno e per Socio.**

### **P 3.2 – Interventi con applicazioni di protesi.**

Sono rimborsate le spese sostenute per ricoveri necessari all'applicazione di protesi , fino alla concorrenza di € 14.000,00 per evento, per anno e per socio. Entro tale massimale sono compresi anche i costi degli apparecchi protesici, dei trattamenti fisioterapici rieducativi, degli accertamenti diagnostici, degli esami, delle analisi e di quant'altro inerente e reso necessario dall'intervento chirurgico, effettuati nei 30 giorni antecedenti o nei 30 successivi all'intervento stesso.

**Il limite massimo di spesa è di € 14.000,00 per evento, per anno e per Socio.**

## ESCLUSIONE DALLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA

(valide per tutte le prestazioni del presente Piano Sanitario)

**Dalle prestazioni di assistenza sono in ogni caso escluse le spese sostenute in conseguenza di:**

- Epilessia , salvo le spese mediche conseguenti a eventi di natura traumatica derivanti da tale patologia.
- Abuso di alcolici;
- Anoressia e bulimia;
- Uso non terapeutico di allucinogeni, psicofarmaci o stupefacenti;
- Malattie mentali e disturbi psichiatrici in genere;
- Psicoanalisi;
- A.I.D.S. e patologie correlate;
- Conseguenze collegabili a disturbi cromosomici;
- Infertilità, sterilità, impotenza;
- Cure per la correzione o eliminazione di malformazioni e difetti fisici;
- Chirurgia plastica a scopo estetico, fatta eccezione per i ricoveri e/o interventi aventi finalità ricostruttiva e/o estetica conseguenti ad infortunio documentato da referto del Pronto Soccorso o ad interventi per neoplasia maligna;
- Prestazioni di cosiddetta “medicina alternativa e/o non convenzionale”;
- Infortuni sofferti in conseguenza di proprie azioni delittuose;
- Infortuni conseguenti alla pratica di sports aerei e gare motoristiche in genere;
- Eventi causati da atti di guerra, da incidenti nucleari o da radiazioni (sono peraltro comprese quelle riferite alla radioterapia);
- Cure dentarie, paradentarie e protesi dentarie fatta eccezione di quelle a scopo ricostruttivo a seguito di infortunio e solo se documentate da referto del Pronto Soccorso;
- Interventi per l’eliminazione e/o correzione dei vizi di rifrazione;
- Ricoveri e terapie in genere determinati da finalità dietetiche ed estetiche o dalla cura del corpo (centri del benessere/istituti termali);
- Ricoveri in strutture sanitarie per lunga degenza, nelle residenze sanitarie assistenziali e comunque i ricoveri che in qualsiasi modo possano essere giudicati ricoveri per semplice assistenza infermieristica;
- Check-up di medicina preventiva.

### PERSONE NON GARANTIBILI

**non sono garantibili le persone affette da :**

sindromi cromosomiche, infermità mentali, tossicodipendenza, Aids.